

**Programa de educación para la salud
bucodental infantil en madres y padres
de niños entre 0 y 6 años de edad en
Pamplona y Comarca – Navarra, España**

Máster Universitario en Salud Pública

Cecilia Farfán Barrios

Tutor: Antonio Brugos Larumbe

Universidad Pública de Navarra. Curso 2012 - 2013

El presente trabajo denominado “Programa de educación para la salud bucodental infantil en madres y padres de niños entre 0 y 6 años de edad en Pamplona y Comarca – Navarra, España” ha sido supervisado y aprobado por el profesor tutor Antonio Brugos Larumbe de la Universidad Pública de Navarra, para su presentación y defensa ante el tribunal que calificará los trabajos Fin de Máster de Salud Pública en el curso 2012-2013.

Fdo. _____

Profesor tutor. Antonio Brugos Larumbe

ÍNDICE DE CONTENIDOS

	Página
1. Introducción	03
2. Objetivos del Programa de Salud	13
3. Planificación y desarrollo del Programa de Salud	15
Población de referencia	15
Selección de la población de intervención	15
Actividades	17
Recursos Educativos	23
4. Cronograma	26
5. Recursos y Presupuesto	27
6. Evaluación	28
7. Bibliografía	31
Anexos	36
Resumen	44

1. INTRODUCCIÓN

Cada vez aumenta la evidencia de la importancia de la salud bucodental para la salud general, como comorbilidad de varias enfermedades crónicas y para conseguir un desarrollo infantil adecuado.

La caries dental y enfermedad periodontal (gingivitis y periodontitis), son un problema importante de salud pública en todo el mundo. Estos problemas pueden iniciarse a edades muy tempranas y están vinculados a prácticas y conocimientos deficientes en salud bucal de las madres y padres.

Los problemas más prevalentes con respecto a la salud bucodental en los niños en edad preescolar son las alteraciones en el crecimiento y desarrollo bucodental, representando el 70% de las afecciones de la cavidad bucal¹ y la caries dental, afectando entre el 12-70% de niños dependiendo de la zona geográfica y nivel socioeconómico². El primer problema generalmente se relaciona con hábitos bucales incorrectos o patrones alimenticios inadecuados que propician el desarrollo de maloclusiones (malposición dental). El segundo problema, la caries dental, es actualmente la enfermedad crónica más prevalente en la infancia temprana, y presenta graves repercusiones en la salud general del niño, produciendo dolor intenso, infecciones, visitas a urgencias³, disminución en su desarrollo físico^{4,5}, además del coste que representa el tratamiento⁶, y el compromiso de la calidad de vida en relación con la salud bucal⁷.

La caries es una enfermedad infecciosa y transmisible, de origen multifactorial, íntimamente relacionada con una higiene bucal deficiente⁸, la alimentación nocturna⁹, elevado consumo de azúcares¹⁰, colonización bacteriana precoz¹¹ y un nivel socioeconómico bajo de los padres^{12,10}.

Dentro del impacto negativo de la caries dental en la vida de los niños se incluyen: síntomas y alteraciones funcionales como dificultad para el habla y la masticación, factores psicológicos como alteración del sueño e irritabilidad, entre otros factores de

interacción social como limitación de la sonrisa y conversación, así como el ausentismo escolar¹³. Según algunas investigaciones, las actividades más afectadas por la caries dental en niños son la ingesta de alimentos y el sueño¹⁴. Al respecto, el tratamiento dental ha demostrado una diferencia significativa a los aspectos sociales y psicológicos de la vida del niño^{15,16,17}. Estos beneficios incluyen la eliminación del dolor y mejores habilidades para comer y dormir. En un estudio, los padres y madres percibieron que el tratamiento tuvo un impacto social positivo en sus niños: más sonrisas, mejor desempeño escolar y mayor interacción social¹⁸.

Es importante precisar que el impacto negativo de caries dental no solo afecta la calidad de vida de quienes la padecen. En 2012, Abanto y cols. realizaron un estudio que evaluó el impacto de la caries y traumatismo dental en niños sobre la calidad de vida de la familia, encontrando que a las madres y padres les preocupaba que su niño tenga menores oportunidades en su vida futura (asociadas al aspecto físico), consideraban que sus niños requieren mayor atención para aliviar el dolor y molestias, y se sentían culpables por la salud dental de sus niños. Finalmente, la magnitud del impacto en la calidad de vida de la familia fue proporcional a la severidad de la caries y traumatismos dentales¹⁹.

Los últimos estudios epidemiológicos realizados en niños españoles en edad preescolar indican que, independientemente de la comunidad autónoma, casi el 20% a los 3 años tiene caries²⁰ y el 40% a los 5 años²¹.

Por otro lado, se observa que menos del 30% de los niños de 3 años han visitado alguna vez al dentista²⁰, cifra que contrasta con las recomendaciones internacionales, que insisten en la importancia de una primera consulta odontológica antes del año de edad^{22,23}.

Desde mediados del siglo XX y con la OMS a la cabeza, se han creado grupos de trabajo que lideran los estudios y propuestas de intervención en salud oral²⁴. Más recientemente, en 2010, la OMS publicó otro informe sobre equidad, determinantes sociales y programas en salud pública, donde la salud bucal se incluye por primera vez entre los 12 programas de alto nivel de prioridad, al cumplir con los criterios de representar carga de enfermedad

alta, mostrar grandes disparidades entre poblaciones, afectar desproporcionalmente a cierto grupos y estar reemergiendo o ser propensos a ser epidémicos²⁵.

Diferentes investigaciones que toman en cuenta las ciencias sociales, nos empiezan a mostrar cómo aspectos biológicos y sociales actúan en sincronía y no pueden ser pensados de forma independiente. La relación entre enfermedad, pobreza y estigmatización también ocurren en salud bucal (**Figura 1 y 2**) y se deben a las huellas permanentes que deja en los cuerpos de ciertas poblaciones^{26,27}.



Figura 1. Prevalencia de caries a los 12 años en función de la riqueza del país²⁸.



Figura 2. Proporción de dientes cariados, ausentes y obturados, en función del nivel social²⁸

Personas pobres dentro de sus países o inmigrantes son culpados por la salud oral de sus hijos, pero además de esto, los problemas de salud bucal se convierten en una marca visible y duradera de las desigualdades sociales, marcas que ocasionan una pérdida de estatus generacional muy difícil de eliminar^{26,27}.

Esto viene respaldado por un reciente estudio denominado “Estudio y Análisis de la equidad en salud, una visión en salud oral”²⁹, donde pone en manifiesto las desigualdades en salud bucal en España, presentes entre regiones con diferente desarrollo socio-económico, y entre grupos poblacionales por su pertenencia a un nivel social u otro. En él se pone en manifiesto las diferencias por nivel socio-económico para el global de España, que parecen haberse acentuado en la última década. Los indicadores epidemiológicos señalan importantes diferencias entre regiones o Comunidades Autónomas, así como entre grupos sociales. De esta forma, encontramos que las comunidades del norte (Cataluña, País Vasco, Navarra) presentan una prevalencia de caries dental (medida por el índice CAOD: dientes cariados, ausentes por caries y obturados, donde el valor 0 indica ausencia de experiencia de caries dental) por debajo de la media nacional, a diferencia de las comunidades del sur (Andalucía, Canarias, Extremadura). El nivel socioeconómico afecta igualmente a la distribución de caries en España, encontrándose diferencias entre el nivel alto y bajo que van de la mano con la prevalencia regional, de tal forma que a mayor prevalencia regional, mayor diferencial por clase social (**Tabla 1**).

Tabla 1. Nivel de caries en España* y diferencial de afectación según nivel socio-económico (NSE)**³⁰

Ámbito	Año	%CAOD >0	Media CAOD	Diferencial por NSE
Andalucía	2006	43,1	1,23	15,4
Baleares	2005	45,4	0,89	
Canarias	2006	51,9	1,51	22,6
Cataluña	2006	45,8	0,73	
Navarra	2007	28,5	0,63	8,3
País vasco	2008	26,2	0,52	
Galicia	2010	33,3	0,72	6,3
Valencia	2010	37,7	0,83	12,4
España	2010	45,0	1,12	22,1

*Encuestas de fecha igual o posterior a 2005

**Diferencial en puntos porcentuales entre nivel alto y bajo

Para el global de España, esta diferencia entre niveles socioeconómicos se ha visto incrementada desde la anterior encuesta nacional del año 2000, con un diferencial de 12.3 puntos, a los 22.1 puntos del año 2010 (**Tabla 2**). Sin embargo, se ha observado que este diferencial tiende a mantenerse estable en los últimos años en aquellas comunidades que presentan una menor prevalencia de enfermedad, como es el caso de Navarra, donde en 1997 el diferencial era de 7.8 puntos y de 8.3 en 2007³¹.

Tabla 2. Nivel de caries en España, Andalucía, País Vasco y Valencia, por nivel socioeconómico (NSE)³⁰

NSE	España 2000	España 2010	Andalucía 2006	P. Vasco 2008	Valencia 2010	España 2010
	%CAOD>0 12 años					%Cod>0 4 años
Alto	36,4	29,0	30,1	21,2	28,0	17,0
Medio	39,7	42,1	37,8	28,7	36,6	19,1
Bajo	48,7	51,1	45,5	27,5	40,4	32,8
Diferencial*	12,3	22,1*				15,8

* Diferencial en puntos porcentuales entre nivel alto y bajo entre las encuestas 2000 y 2010.

En relación a los factores sociales, el fenómeno de la inmigración está produciendo cambios en la demografía de este país. En la última década se ha producido un incremento notable de la población de origen extranjero pasando de los 1.5 millones en 2001, a los 5.2 millones del año 2011, lo que representa un incremento del 234%. La población de origen extranjero representa actualmente el 11.2% de la población española (con grandes variaciones regionales, 15% en Cataluña o Valencia, 10.5% en Navarra, 3.7% en Galicia)^{32,33}. Este grupo poblacional (muy heterogéneo en su origen y de un nivel socioeconómico medio y bajo en general) presenta importantes diferencias de salud con la población de origen español a pesar de que los datos aún son escasos; ciertas fuentes disponibles señalan que la población de origen extranjero presenta un nivel de caries, a los 12 años, entre un 20 y 80% mayor que la población de origen español^{31,34} (**Tabla 3**).

Tabla 3. Nivel de caries en España según origen de nacimiento³⁰

Origen	España 2010	Valencia 2010	Navarra 2007
	%CAOD > 0 12 años		
España	42,3	36,8	26,7
Extranjero	55,1	44,1	48,7
Diferencial*	+30,3	+19,8	+82,4

*% de diferencia origen Extranjero versus origen España.

Los autores sugieren que en España es necesario integrar la salud bucodental en el Sistema Nacional de Salud, y elaborar directrices políticas y estratégicas en este campo, así como de tener en cuenta las diferencias sociales, culturales y económicas que la propia sociedad contiene, ya que la mera oferta de un servicio de salud público no garantiza la mejora de los niveles de salud ni la equidad en el acceso a esta²⁹.

Sobre el tema, el doctor Juan Carlos Llodra Calvo, Presidente del Grupo de Trabajo de Salud Pública Oral (FDI) y coautor del estudio, señala: "Desgraciadamente, hasta el presente, el enfoque mayoritario ha consistido en un mal entendido mimetismo de la mal llamada "odontología tecnológica", aunque en algunos países con economía limitada, se

está avanzando hacia un enfoque más preventivo e interceptivo, invirtiendo más en evitar la patología que en curarla³⁵. De no prosperar en esta línea, llegaremos a la paradoja de constatar que se está ofreciendo prevención a los que más medios tienen y tratamientos agresivos a los que menos tienen"; además añade "Hay una necesidad urgente de priorizar la prevención y detección precoz como forma de mejorar la salud bucodental, a menor coste y con más impacto en las sociedades más desfavorecidas"²⁸.

Hasta la fecha, los Servicios de Salud Bucodental de España vienen desarrollando actividades preventivas que no requieren una elevada complejidad de medios, a diferencia del tratamiento restaurador. La atención en odontología restauradora y conservadora -de la caries dental-requiere de tecnología y materiales sofisticados. Y, además, consume mucho tiempo, mucho más sin duda que cualquier otra consulta del área de la Atención Primaria. Así pues, los responsables en la toma de decisiones para la incorporación de estos tratamientos al Sistema Sanitario Público, deben tener en cuenta su especificidad y la complejidad de medios necesarios. Es precisamente esta especificidad de los servicios dentales lo que ha motivado, que la mayoría de países Europeos que ofrecen prestaciones en salud bucodental, financiadas por el sistema público, haya optado por la contratación de proveedores fuera de la red pública³⁶.

Siguiendo esta línea, el Gobierno de Navarra puso en marcha en 1991 el Programa de Atención Dental Infantil y Juvenil (PADI), donde se les brindan diversas atenciones odontológicas a niños y jóvenes entre los 6 y 18 años, en dentición permanente todas las prestaciones excepto ortodoncia e implantes, y en dentición temporal, revisiones, urgencias y exodoncias, cuyo objetivo primordial es mejorar el nivel de salud dental en dicha población. En el 2011, la población que utilizó las prestaciones del PADI alcanzó las 55.507 personas, es decir, el 69.36%³⁷, en comparación de un 68.94% atendido en el 2010³⁸; sin embargo, se cuentan con datos acerca de la adherencia al PADI en la minoría étnica gitana, que en el periodo 2011-2012, alcanzó solo al 41.67%³⁹. Pese a las diferencias de adhesión al programa entre niveles socioeconómicos y culturales, se observa un incremento progresivo desde su instauración, lo cual también sugiere un incremento en el coste asumido por el Gobierno, que para el 2007 ascendió a 2.6 millones de euros, siendo

en el 1991 solo 137.000 euros⁴⁰. En cada ejercicio, 2 de cada 3 niños en las edades de cobertura acuden al PADI para su revisión dental y recibir los cuidados adecuados de sus dentistas.

Con el objetivo de conocer el estado de salud oral de los niños y adolescentes durante el año 2007, Cortés y cols. realizaron la Cuarta Encuesta Epidemiológica de Salud Oral de la Población Infantil de Navarra³¹. En ella se encontró que la prevalencia de caries en dentición temporal puede considerarse entre moderada y alta en términos de porcentaje de población afectada (35.9-41.3%), pero baja en media de dientes afectados (1.26–1.51), considerando que la dentición temporal la componen solo 20 dientes. En dentición permanente, la prevalencia puede considerarse muy baja o baja a los 12 años (28.5-36.9%), pero da un salto importante a los 14 años (46.4%-55.2%). Un dato importante, es que a pesar del descenso de prevalencia de caries en comparación a encuestas previas, sigue habiendo un porcentaje de población en donde este descenso no tiene un significado clínico apreciable, tanto para dentición temporal como permanente. En el caso de caries en dentición temporal, un pequeño porcentaje de individuos acumula la mayoría de lesiones; en este caso, el 14.7% de los niños de 6 años acumula el 70.1% de las lesiones de caries. Otro fenómeno puesto de manifiesto en este estudio, es la gran diferencia existente entre la población originaria de España y los escolares de origen extranjero. Esta diferencia es particularmente importante en la dentición temporal, donde se encuentra una media de dientes afectados 3.8 veces mayor y se mantiene, aunque en menor grado, en dentición permanente a los 14 años, representando una media casi 2 veces mayor. Al respecto, no parece que sea la condición de extranjero la determinante sino el nivel socioeconómico, ya que el 75.5% de éstos están clasificados como de nivel bajo. Finalmente, se puede afirmar que las necesidades de tratamiento en dentición permanente son bajas y de poca complejidad, caso distinto es el de la dentición temporal a los 6 años, en donde las necesidades y, sobretodo complejidad, son mayores.

El PADI fue desarrollado para enfrentar un escenario de alta prevalencia de caries donde los niños soportaban una elevada carga de enfermedad que se evidenciaba a través de molestias, dolor e infecciones. Actualmente, la baja incidencia de la caries en la mayoría

de los niños puede reducir la percepción del riesgo en las familias. El sistema de salud deberá desplegar nuevos mecanismos que mejoren la adherencia a la revisión anual⁴¹, especialmente en clases sociales más desfavorecidas³¹.

En vista de que los esfuerzos por mejorar la salud bucodental en Navarra, mediante el programa PADI, están principalmente enfocados a la prevención secundaria y terciaria, sería conveniente aplicar medidas de prevención primaria en la población, que además de reducir los niveles de problemas bucodentales desde edades más tempranas (no cubiertas por el PADI), contribuiría al establecimiento de hábitos saludables para el mantenimiento de una adecuada salud bucal que alcancen a todos los niveles socio-económicos y minorías sociales, y la mejora paulatina del escenario epidemiológico en la población general, con la reducción de costes que esto conlleva. Adicionalmente, otro impacto importante sería el aumento de la adherencia al programa PADI.

La promoción de la salud se basa, según el modelo imperante en España, en la naturaleza biomédica de la enfermedad y se centra principalmente en acciones individuales o comunitarias, encaminadas unas a población general y otras a grupos de riesgo. Según este modelo, el comportamiento individual es el elemento central de la estrategia, en los que denominamos “estilo de vida”. Los programas educativos se centran en estos principios³⁰. Pero el estilo de vida no es solo una elección individual, está en algún modo determinado o modulado por las condiciones sociales en las que el individuo desarrolla su vida. Lo que la moderna salud pública nos dice hoy es que si no se atiende a las causas de las causas, es decir, a los factores sociales que subyacen en el comportamiento de las personas, el modelo fracasa⁴². La prevención dirigida a los grupos o individuos de riesgo no puede reducir las desigualdades en salud porque si no atiende a los factores sociales subyacentes, nuevos individuos y nuevos grupos de riesgo aparecerán.

Por lo que a la salud bucodental atañe, ésta se encuentra demasiado aislada administrativa y organizativamente del resto del sistema sanitario. El aislamiento es secular y no afecta exclusivamente a España, si no a la odontología como ciencia y práctica sanitaria en todo el mundo.

Por tanto, para reducir desigualdades en salud, no son suficientes las acciones individuales ni las acciones fundamentadas únicamente en los aspectos biomédicos. Basándonos en la evidencia científica y en la experiencia, el moderno enfoque de la salud pública establece que son necesarias políticas sociales que den oportunidades a las personas de todo el espectro social a desarrollar una vida sana³⁰.

Se ha observado en diferentes poblaciones, como la colombiana⁴³ y cubana⁴⁴, que la herramienta clave para disminuir la prevalencia de la caries en los niños es la educación de la población, que debe empezar precozmente. Diferentes estudios evidencian una elevada aceptabilidad de las madres y padres a este tipo de programas, la gran disposición que tienen para mejorar su estado de salud bucal y el interés que manifiestan hacia los nuevos conocimientos proporcionados por el profesional de la salud, rompiendo con creencias, muchas veces culturales, que van en detrimento de su salud y la de sus hijos⁴³. Palma y cols.⁴⁵ desarrollaron una guía integral sobre la salud bucal en la primera infancia con el fin de uniformar criterios y orientaciones a padres. Se tratan asuntos de especial relevancia para la salud bucal infantil, como la influencia de la lactancia materna, el uso del biberón y del chupete, la transmisión bacteriana, los alimentos con potencial cariogénico, la higiene bucal, el uso del flúor y la primera visita al odontopediatra.

En base a lo expuesto anteriormente se propone desarrollar un programa de educación sobre salud bucal infantil para madres y padres de niños entre 0 y 6 años de edad, atendidos en los Centros de Atención Primaria del Servicio Navarro de Salud.

2. OBJETIVOS DEL PROGRAMA DE SALUD

Objetivo General:

Prevenir el desarrollo de enfermedades bucodentales en los primeros años de vida, mediante la incorporación de acciones de educación, por parte del profesional sanitario pediátrico capacitado, a madres y padres de niños entre 0 y 6 años de edad atendidos en los Centros de Atención Primaria de Pamplona y Comarca.

Objetivos Específicos:

Objetivos referidos al programa:

1. Conseguir que los Centros de Atención Primaria se vinculen con la promoción de la salud bucodental infantil.
2. Concienciar al personal sanitario pediátrico (enfermeras y pediatras) de la importancia de la educación en salud bucodental infantil a madres y padres de niños entre 0 y 6 años de edad.
3. Ampliar los conocimientos del personal sanitario vinculado a la atención de niños entre 0 y 6 años de edad (enfermeras y pediatras), en cuanto a la importancia de la lactancia materna y la necesidad de la higiene bucal luego de la lactancia materna nocturna.
4. Ampliar los conocimientos del personal sanitario vinculado a la atención de niños entre 0 y 6 años de edad (enfermeras y pediatras), respecto al adecuado uso del biberón y consideraciones para el uso del chupete.
5. Brindar información al personal sanitario vinculado a la atención de niños entre 0 y 6 años de edad (enfermeras y pediatras) acerca de hábitos relacionados a la transmisión bacteriana bucal madre y padre al hijo, alimentación cariogénica.

6. Ampliar los conocimientos del personal sanitario vinculado a la atención de niños entre 0 y 6 años de edad (enfermeras y pediatras), respecto a una adecuada higiene bucal según el nivel de autonomía del niño, y uso del flúor.
7. Poner en valor la salud bucodental y conocer los mecanismos de su conservación.
8. Reducir a largo plazo los costes provenientes del tratamiento de lesiones bucodentales ya existentes.
9. Mejorar la adherencia al programa PADI.

Objetivos referidos a madres y padres:

1. Crear conciencia en las madres y padres de la importancia de mantener buenos hábitos de higiene bucal desde los primeros años de vida de sus niños.
2. Mejorar las prácticas y conocimientos de las madres y padres en los cuidados para la salud bucal de sus niños, especialmente en los primeros años de vida.

Objetivos referidos a los niños y las niñas:

1. Prevenir la aparición de lesiones bucodentales en niños mayores a 6 años.
2. Progresar en la adquisición de hábitos y actitudes relacionados con la higiene y salud oral.

3. PLANIFICACIÓN Y DESARROLLO DEL PROGRAMA DE SALUD

Población de referencia:

Madres y padres de niños entre 0 y 6 años de edad, en el área de influencia de Pamplona y Comarca (Centros de Atención Primaria).

Selección de la población de intervención:

Personal sanitario vinculado a la atención primaria de niños entre 0 y 6 años de edad, específicamente pediatras y enfermeras, en Centros de Atención Primaria de Pamplona y Comarca.

Incluimos a 65 pediatras y 65 enfermeras de los 22 Centros de Atención Primaria que integran el área de Pamplona y Comarca. La población total estimada de 0 a 6 años que cubren estos Centros de Salud es de 27,033 personas.

Tabla 4. Personal sanitario y Población de 0 a 6 años cubierta por los Centros de Atención Primaria del área de Pamplona y Comarca

Centro de Salud	Pediatras	Enfermeras	Población 0-6 años
Ansoain	3	3	1,007
Azpilagaña	2	2	585
Barañain I	2	2	545
Barañain II	2	2	779
Berriozar	3	3	1,371
Burlada	3	3	1,238
Buztintxuri	3	3	1,596
Casco Viejo	2	2	762
Chantrea	3	3	1,391
Ermitagaña	3	3	911
Huarte	3	3	1,578
Iturrama	2	2	679
Mendillori	8	8	3,655
Milagrosa	2	2	727
Noain	3	3	1,570
Orkoien	2	2	786
Rochapea	5	5	2,291
San Jorge	2	2	1,040
San Juan	3	3	1,091
Segundo Ensanche	3	3	1,105
Villava	2	2	838
Zizur	4	4	1,488
TOTAL	65	65	27,033

Actividades:

Para alcanzar los objetivos establecidos en el Programa, se establecen las siguientes actividades:

1. Captación
2. Formación de los profesionales sanitarios
3. Educación para la salud bucodental infantil a padres y madres.
 - a. Actividades de educación individuales
 - b. Actividades de educación colectivas
4. Encuesta y evaluación a padres y madres

1. Captación

Del personal sanitario

- Se difundirá información sobre la puesta en marcha del programa al personal sanitario de los Centros de Atención Primaria de Pamplona y Comarca a través del Instituto de Salud Pública, Sección de Promoción de la Salud.
- Se acordarán fechas de reunión en cada Centro de Atención Primaria de Pamplona y Comarca, para llevar a cabo la formación de profesionales sanitarios vinculado a la atención primaria de niños entre 0 y 6 años de edad.

De madres y padres

a. Actividades de educación individuales

- Las actividades de educación se brindarán a padres y madres de niños entre 0 y 6 años, que acuden a los Centros de Atención Primaria de Pamplona y

Comarca durante el calendario de visitas fijado para el control del niño sano.

b. Actividades de educación colectivas

- Se establecerá un calendario de 2 sesiones educativas grupales por Centro de Atención Primaria para padres y madres de niños entre 0 y 6 años de edad, a cargo del profesional que dirige el presente programa de salud.
- Durante las citas de control del niño sano, el personal sanitario informará a los padres y madres de niños entre 0 y 6 años de la realización de sesiones educativas grupales sobre salud bucodental infantil en cada Centro de Atención Primaria.

2. Formación de los profesionales sanitarios

Se llevará a cabo un Curso de salud bucodental en niños de 0 a 6 años de edad dirigido a enfermeras y pediatras de Centros de Atención Primaria de Pamplona y Comarca.

- Aplicación de pre-test a personal sanitario (enfermeras y pediatras), con preguntas cerradas de elección múltiple (**Anexo 2**).
- Dos Sesiones Educativas al personal sanitario (enfermeras y pediatras) en cada Centro de Atención Primaria de Pamplona y Comarca (**Tabla 5**). El resumen de contenidos aparece en el **Anexo 6**.
- Aplicación de post-test a personal sanitario (enfermeras y pediatras), con preguntas cerradas de elección múltiple (**Anexo 2**) y un Cuestionario de Evaluación del Proceso de Enseñanza (**Anexo 3**).

Tabla 5. *Diseño orientativo de las sesiones educativas al personal sanitario*

Sesión	Objetivo	Contenido	Técnica	Agrupación	Tiempo
1	Concienciar y ampliar los conocimientos del personal sanitario en salud bucodental infantil	✓ Lactancia Materna	Información	GP/GG	30'
		✓ Uso del biberón			
		✓ Uso del chupete	Discusión		30'
		✓ Transmisión bacteriana			
2	Concienciar y ampliar los conocimientos del personal sanitario en salud bucodental infantil	✓ Alimentación cariogénica	Información	GP/GG	30'
		✓ Higiene bucal			
		✓ Uso del flúor	Discusión		30'
GP: Grupo pequeño, GG: Grupo grande					

3. Educación para la salud bucodental infantil a padres y madres

La educación para la salud es un proceso de comunicación interpersonal dirigido a proporcionar la información necesaria para un examen crítico de los problemas de salud y responsabilizar a los individuos y a los grupos sociales en las decisiones de comportamiento que tienen efectos directos o indirectos sobre la salud física y psíquica, individual y colectiva. Por lo tanto, la educación para la salud significa algo más que comunicar la realidad a los padres y madres o al niño; implica la ayuda para que comprenda y controle los aspectos de su vida que pueden prevenirse para alcanzar su potencial óptimo de salud.

a. Actividades de educación individuales

El personal sanitario capacitado brindará información y orientación individualizada a los padres y madres de niños entre 0 y 6 años, durante el calendario de visitas fijado en los controles programados.

En todos los controles se tratarán los aspectos y temas concretos de educación para la salud bucodental infantil correspondientes a la edad del niño/a y se facilitarán a los padres los materiales de Educación para la Salud editados al efecto.

La metodología para su realización será a través de acciones educativas individuales, en consulta médica o de enfermería, durante los sucesivos controles del niño/a. Las orientaciones se estructurarán siguiendo un orden lógico que facilite la comprensión y se adecúe a las necesidades del momento del niño/a.

b. Actividades de educación colectivas

El personal a cargo del programa de salud se encargará de realizar las sesiones educativas grupales a padres y madres de niños entre 0 y 6 años,

con el fin de reforzar los conocimientos brindados previamente por el personal sanitario, haciendo énfasis en:

- Importancia de una dentición temporal libre de caries
- Higiene bucal y uso de flúor según la edad del niño/a
- Uso adecuado del biberón y chupete
- Alimentación cariogénica

En cada Centro de Atención Primaria, se realizarán dos sesiones educativas con una duración de una hora cada una (**Tabla 6**).

Tabla 6. *Diseño orientativo de las sesiones educativas a madres y padres de niños entre 0 y 6 años de edad.*

Sesión	Objetivo	Contenido	Técnica	Agrupación	Tiempo
1	Concienciar, reforzar los conocimientos y prácticas de madres y padres en salud bucodental infantil	✓ Higiene bucal según edad del niño/a	Información	GG	30'
		✓ Uso del flúor según edad del niño/a	Discusión Y Demostración		30'
2	Concienciar, reforzar los conocimientos y prácticas de madres y padres en salud bucodental infantil	✓ Uso adecuado del biberón y chupete	Información	GG	30'
		✓ Alimentación cariogénica	Discusión		30'
GG: Grupo grande					

4. Encuesta y evaluación a padres y madres (Anexo 4)

A los 15 días de haber concluido las sesiones educativas en cada Centro de Atención Primaria participante, se realizará una encuesta de valoración y satisfacción a madres y padres de niños entre 0 y 6 años de edad atendidos en los Centros de Atención Primaria de Pamplona y Comarca, respecto a la educación en salud bucal recibida por el personal sanitario y/o las sesiones educativas grupales. Así mismo, se incluirá un Cuestionario sobre Salud Bucal Infantil (**Anexo 5**) para conocer el alcance de las acciones educativas.

Se incluirán preguntas de valoración respecto a:

1. Claridad de la información recibida en los temas de salud bucodental
2. Utilidad de la información recibida
3. Empleo de material didáctico
4. Conocimiento y actitud frente a la prevención de problemas bucodentales desde la infancia

Además de solicitar opinión y sugerencias sobre otros temas no expuestos y cuáles les gustaría tratar en el futuro.

Recursos Educativos

Guías para profesionales de la salud

Palma C, Cahuana A, Gómez L. Guía de orientación para la salud bucal en los primeros años de vida. Acta Pediatr Esp 2010; 68(7); 351-7.

Guía de la Academia Americana de Pediatría. Contiene información sobre promoción de la salud oral infantil y guías para profesionales sanitarios.

http://brightfutures.aap.org/pdfs/Guidelines_PDF/8-Promoting_Oral_Health.pdf

Guía para el profesional de la salud sobre el manejo de la salud bucal pediátrica

Este programa brinda una serie de 7 módulos virtuales independientes diseñados a ayudar a los profesionales de la salud a controlar la salud bucal de bebés y niños pequeños.

<http://www.mchoralhealth.org/PediatricOH/index.htm>

Open Wide (Abra bien) Capacitación de salud bucal para los profesionales de la salud

Una serie de 4 módulos virtuales independientes diseñados para ayudar a los profesionales de la salud y profesionales que trabajan con niños pequeños en sitios de la comunidad para promover la salud bucal cuando promueven la salud general para bebés, niños y sus familias. Este programa ofrece información para los profesionales de la salud y de servicios para niños pequeños, para ayudarles a prevenir las caries dentales; las que continúan afectando a muchos niños en los Estados Unidos; especialmente a niños de familias de bajos recursos, niños en ciertos grupos minoritarios y niños con necesidades especiales de cuidado de la salud.

<http://www.mchoralhealth.org/OpenWide/index.htm>

Folletos, materiales educativos

http://www.juntadeandalucia.es/educacion/portal/com/bin/Contenidos/PC/infantil/sonrisitas/1336379865423_trptico_para_las_familias.pdf (Anexo 7)

http://www.juntadeandalucia.es/educacion/portal/com/bin/Contenidos/PC/infantil/sonrisitas/1336379901776_programa_y_propuesta_didxctica.pdf

http://www.fundadeps.org/recursos/documentos/36/Cuido_mis_dientes.pdf

<http://www.detusalud.com/etiqueta/salud-bucodental/>

http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/contenidos/Informacion_General/c_3_c_1_vida_sana/salud_bucodental/Materiales

Vídeos

Los dientes y la prevención de la alteración bucal

<https://www.youtube.com/watch?v=De2XIEpxG2s>

Érase una vez la vida... La Caries

https://www.youtube.com/watch?v=z3XCVV_kOKA

Materiales para la salud bucodental infantil. Aprende a Sonreír. Dientín

http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/contenidos/Informacion_General/c_3_c_1_vida_sana/salud_bucodental/dientin

Materiales para la salud bucodental infantil. Aprende a Sonreír. Cepillado de Dientes

http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/contenidos/Informacion_General/c_3_c_1_vida_sana/salud_bucodental/cepillado

4. CRONOGRAMA

Actividades \ Semanas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
<i>Elaboración de material educativo</i>																														
<i>Trámite de permisos</i>																														
<i>Divulgación a población de intervención y Coordinación de fechas</i>																														
<i>Sesiones educativas a personal sanitario</i>																														
<i>Sesiones educativas a madres y padres</i>																														
<i>Encuestas y evaluación a madres y padres</i>																														
<i>Evaluación de resultados</i>																														
<i>Elaboración de informe</i>																														
<i>Presentación de resultados</i>																														

5. RECURSOS Y PRESUPUESTO

	RECURSOS	CANTIDAD (UNIDADES)	PRESUPUESTO (EN EUROS)
Recursos Humanos	Odontóloga, Especialista en Periodoncia	01	5000
Recursos Materiales	Material impreso		
	✓ Fotocopia de Tests de evaluación: previa y posterior a la intervención.	260	13
	✓ Artículo de investigación de referencia (Sociedad Española de Odontopediatría)	130	6,5
	✓ Folletos informativos	1000	500
	✓ Encuestas	350	17.5
	Material visual		
	✓ Presentación por ordenador	01	0
	✓ Proyector	01	0
	Transporte (ida-vuelta)	44	132
	Material de escritorio.		
	Varios		20
Recursos Físicos	Centro de Atención Primaria – Pamplona y Comarca	22	No aplicable
TOTAL			5689.00

6. EVALUACIÓN

1. Captación del personal sanitario

a. Meta de la actividad: Participación del 80-90% de Centros de Atención Primaria de Pamplona y Comarca.

Sistema de registro: Matriz de verificación por Centro de Atención Primaria **(Anexo 1)**.

2. Formación de los profesionales sanitarios

a. Meta de la actividad: Al menos el 75% de profesionales sanitarios asisten al curso de salud bucodental infantil.

Sistema de registro: Matriz de verificación por Centro de Atención Primaria **(Anexo 1)**.

b. Meta de la actividad: El 100% de los profesionales capacitados mejoren sus conocimientos sobre salud bucodental infantil.

Sistema de registro: Pre-test, recogido antes de la capacitación y Post-test al término de la segunda sesión del curso **(Anexo 2)**.

c. Meta de actividad: Descripción de la valoración del personal sanitario acerca del proceso de enseñanza.

Sistema de registro: Cuestionario de Evaluación del Proceso de Enseñanza **(Anexo 3)**.

3. Educación para la salud bucodental infantil a padres y madres

a. Meta de la actividad: 80-90% de padres y madres de niños entre 0 y 6 años con orientación acerca de salud bucodental infantil.

Sistema de registro: Debido a la complejidad de esta actividad, no será posible cuantificar la cobertura de esta acción.

b. Meta de la actividad: 60% de familias (al menos un integrante de la familia) participantes de las sesiones educativas grupales.

Para determinar la cobertura, cada Centro de Atención Primaria proporcionará el número total de familias dependientes de cada Centro de Atención Primaria.

Sistema de registro: Matriz de verificación por Centro de Atención Primaria (**Anexo 1**).

4. Encuesta y evaluación a padres y madres

a. Meta de la actividad: Recoger la valoración del programa por parte de una muestra de 10 padres o madres de cada Centro de Atención Primaria participante.

Sistema de registro: Encuesta de valoración a padres y madres (**Anexo 4**).

b. Meta de la actividad: Descripción de los conocimientos sobre salud bucal infantil.

Sistema de registro: Cuestionario de evaluación a padres y madres (**Anexo 5**).

Tabla 6. Matriz de evaluación de las actividades del programa

ACTIVIDADES	PRODUCTO		RECURSOS	INDICADORES DE EVALUACION		REGISTRO
	UNIDAD DE MEDIDA	META		TIPO	OPERACIONALIZACIÓN	
Captación de personal sanitario	Centro de Atención Primaria participante	20	RRHH: Odontóloga	Volumen	N° total de centros participantes	Matriz de participación
			RRMM: Material impreso RRFF: Centro de Atención Primaria	Cobertura	(N° total de centros participantes/ Meta) x 100	
Formación de profesionales sanitarios	Profesionales sanitarios asistentes al curso de salud bucodental infantil	97	RRHH: Odontóloga	Volumen	N° total de profesionales asistentes	Matriz de participación
			RRMM: Material impreso RRFF: Centro de Atención Primaria	Cobertura	(N° total de profesionales asistentes/ Meta) x 100	
	Profesionales con mejores conocimientos sobre salud bucodental infantil	97	RRHH: Odontóloga	Volumen	N° total de profesionales con mejores conocimientos	Pre-test Post- test
			RRMM: Material impreso y visual RRFF: Centro de Atención Primaria	Cobertura	(N° total de profesionales con mejores conocimientos/ Meta) x 100	
	Valoración del personal sanitario acerca del proceso de enseñanza	-	RRHH: Odontóloga RRMM: Material impreso RRFF: Centro de Atención Primaria	Descriptiva		Cuestionario de evaluación del proceso de enseñanza
Educación para la salud bucodental infantil a padres y madres	Familias participantes de cada sesión educativa grupal	60%	RRHH: Odontóloga	Volumen	N° total de familias participantes	Matriz de participación
			RRMM: Material impreso RRFF: Centro de Atención Primaria	Cobertura	(N° total de familias participantes/ Meta) x 100	
Encuesta de valoración a padres y madres	Valoración de conocimientos y del programa por parte de padres y madres	-	RRHH: Odontóloga RRMM: Material impreso RRFF: Centro de Atención Primaria	Descriptiva		Encuesta de valoración

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Rodríguez NV, Regal N, Correa B, Suárez R. Alteraciones de la oclusión y trastornos en la articulación de la palabra. *Rev Cubana Ortod* 2000; 15(2):86-93.
2. Riveron D y cols. Factores de riesgo asociados con la enfermedad caries dental en niños. *Rev Cubana Estomatol* 2003; 40 (2):36-9.
3. Sheller B, Williams BJ, Lombardi SM. Diagnosis and treatment of dental caries-related emergencies in a children's hospital. *Pediatr Dent*. 1997; 19: 470-475.
4. Ayhan H, Suskan E, Yildirim S. The effect of nursing or rampant caries on height, body weight and head circumference. *J Clin Pediatr Dent*. 1996; 20: 209-212.
5. Sheiham A. Dental caries affects body weight, growth and quality of life in pre-school children *Br Dent J* 2006; 201 (10); 625-6.
6. Cahuana A, Reverón L, El Halabi L. Odontopediatría y anestesia general. Revisión casuística. *Archivos de Odontoestomatología*. 2003; 19: 240-244.
7. Low W, Tan S, Schwartz S. The effect of severe caries on the quality of life in young children. *Pediatr Dent*. 1999; 21: 325-326.
8. Alm A. On dental caries and caries-related factors in children and teenagers. *Swed Dent J Suppl*. 2008; 195: 7-63.
9. Declerck D, Leroy R, Martens L, Lesaffre E, García-Zattera MJ, VandenBroucke S, et al. Factors associated with prevalence and severity of caries experience in preschool children. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2008; 36: 168-172.
10. Fraiz FC, Walter LRF. Study of the factors associated with dental caries in children who receive early dental care. *Pesqui Odontol Bras*. 2001; 15: 201-207.
11. Grindefjord M, Dahllof G, Wikner S, Hojer B, Modeer T. Prevalence of mutans streptococci in one-year-old children. *Oral Microbiol Immunol*. 1991; 6: 280-283.
12. Gibson S, Williams S. Dental caries in pre-school children: associations with social class, toothbrushing habit and consumption of sugars and sugar-containing foods. Further analysis of data from the National Diet and Nutrition Survey of children aged 1.5-4.5 years. *Caries Res*. 1999; 33: 101-113.

13. Bönecker M, Abanto J, Tello G; Oliveira LB. Impact of dental caries on preschool children's quality of life: an update. *Braz Oral Res* 2012; 26(Spec Iss 1): 103-7.
14. Gift HC, Reisine ST, Larach DC. The social impact of dental problems and visits. *Am J Public Health* 1992; 82(12): 1663-8.
15. Thomas CW, Primosch RE. Changes in incremental weight and well-being of children with rampant caries following complete dental rehabilitation. *Pediatr Dent* 2002; 24: 109-113.
16. Anderson HK, Drummond, BK, Thomson WM. Changes in aspects of children's oral-health related quality of life following dental treatment under general anaesthetic. *Int J Paediatr Dent* 2004; 14: 317-325.
17. Filstrup SL, Briskie D, da Fonseca M et al. Early childhood caries and quality of life: child and parent perspectives. *Pediatr Dent* 2003; 25: 431-440.
18. White H, Lee J Y, Vann W F Jr. Parental evaluation of quality of life measures following pediatric dental treatment using general anesthesia. *Anesth Prog* 2003; 50: 105-110.
19. Abanto J, Paiva SM, Raggio DP, Celiberti P, Aldrigui JM, Bönecker M. The impact of dental caries and trauma in children on family quality of life. *Community Dent Oral Epidemiol* 2012; 40: 323–331.
20. Bravo Pérez M, Llodra Calvo JC, Cortés Martinicorena FJ, Casals Peidró E. Encuesta de salud oral de preescolares en España 2007. *RCOE*. 2007; 12: 143-168.
21. Bravo Pérez M, Casals Peidró E, Cortés Martinicorena FJ, Llodra Calvo JC. Encuesta de salud oral en España 2005. *RCOE*. 2006; 11: 409-456.
22. American Academy of Pediatrics. Policy Statement. Section on Pediatric Dentistry. Oral health risk assessment timing and establishment of the dental home. *Pediatrics* 2003; 111(5); 1113-6.
23. American Academy of Pediatrics. Policy Statement. Section on Pediatric Dentistry and Oral Health. Preventive Oral Health Interventions for pediatricians. *Pediatrics* 2008; 122(6); 1387-1394.

24. World Health Organization [sede Web]. Suiza: The Organization; 2013 [acceso 31 de agosto 2013]. Oral health documents and publications [aproximadamente 4 pantallas]. Disponible en: http://www.who.int/oral_health/publications/en/
25. Petersen PE, Kwan S. Equity, social determinants and public health programmes – the case of oral health. *Community Dentistry and Oral Epidemiology* 2011; 39 (6): 481-7.
26. Horton S, Barker J. “Stains” on their self-discipline: Public health, hygiene, and the disciplining of undocumented immigrant parents in the nation’s internal borderlands. *American Ethnologist* 2009; 36 (4): 784- 98.
27. Nations MK, Nuto S. “Tooth worms”, poverty tattoos and dental care conflicts in Northeast Brazil. *Social Science & Medicine*. 2002; 54 (2): 229- 44.
28. Llodra Calvo JC. Equidad y salud oral: Contexto mundial. En: Estudio y análisis de la equidad en salud. Una visión en salud oral [Revista en línea]. Madrid: Fundación del Colegio de odontólogos y Estomatólogos de Madrid -FCOEM; 2013. p.55-70.[acceso 26 de agosto de 2013]. Disponible en: <http://coem.org.es/sites/default/files/pdf/coemdigital.pdf>
29. Fundación del Colegio de odontólogos y Estomatólogos de Madrid –FCOEM. Estudio y análisis de la equidad en salud. Una visión en salud oral [Revista en línea]. Madrid: La Fundación; 2013 [acceso 26 de agosto de 2013]. Disponible en: <http://coem.org.es/sites/default/files/pdf/coemdigital.pdf>
30. Cortés-Martinicorena FJ. Desigualdades en salud bucal en España. El objetivo de equidad en el acceso a los servicios. En: Estudio y análisis de la equidad en salud. Una visión en salud oral [Revista en línea]. Madrid: Fundación del Colegio de odontólogos y Estomatólogos de Madrid -FCOEM; 2013. p.71-81.[acceso 26 de agosto de 2013]. Disponible en: <http://coem.org.es/sites/default/files/pdf/coemdigital.pdf>
31. Cortés FJ, Artázcoz J, Rosel E, González P, Asenjo MA, Sáinz de Murieta I y cols. La salud dental de los niños y adolescentes de Navarra, 2007 (4ª edición). *An Sist Sanit Navar* 2009; 32(2):199-215

32. Instituto Nacional de Estadística [sede web]. Madrid: INE; 2013. [acceso 01 de septiembre 2013] Censo de población y viviendas en 2011 [una pantalla]. Disponible en: <http://www.ine.es/censos2011/censos2011.htm>
33. Gobierno de Navarra [sede web]. Navarra: El Gobierno; 2013 [acceso 03 de septiembre 2013] Población inmigrante [una pantalla]. Disponible en: http://www.navarra.es/home_es/Gobierno+de+Navarra/Organigrama/Los+departamentos/Asuntos+ Sociales+ Familia+ Juventud+ y+ Deporte/Organigrama/Estructura+ Organica/Oficina+Atencion+a+la+Inmigracion/Los+nuevos+navarros/
34. Llodra Calvo JC. Influencia del origen de nacimiento (España versus extranjero) en la Salud Oral de la población infanto-juvenil en España 2010. RCOE 2012; 17(1): 47-61.
35. Baelum V. Dentistry and population approaches for preventing dental diseases. Journal of Dentistry 2011; 39S: 9-19
36. Cortés-Martinicorena J. Salud bucodental: Nota breve a propósito del “Proyecto de Real Decreto sobre ordenación de prestaciones sanitaria del Sistema Nacional de Salud”. Gaceta Sanit 1995; 46(9): 59-62.
37. Memoria Servicio Navarro de Salud - Osasunbidea 2011. Gobierno de Navarra. Disponible en: http://www.navarra.es/home_es/Gobierno+de+Navarra/Organigrama/Los+departamentos/Salud/Organigrama/Estructura+Organica/Servicio+Navarro+de+Salud/Publicaciones/Memorias/Ano+2011/Servicio+Navarro+de+Salud+--Osasunbidea.htm
38. Memoria Servicio Navarro de Salud - Osasunbidea 2010. Gobierno de Navarra. Disponible en: http://www.navarra.es/home_es/Gobierno+de+Navarra/Organigrama/Los+departamentos/Salud/Organigrama/Estructura+Organica/Servicio+Navarro+de+Salud/Publicaciones/Memorias/Ano+2010/Servicio+Navarro+de+Salud+--Osasunbidea.htm
39. Gobierno de Navarra e Instituto de Salud Pública. Programa de Atención Dental Infantil y Programa de Promoción de Salud de la Comunidad Gitana Navarra en el periodo 2011-2012. Navarra: Instituto de Salud Pública; 2013.

40. Servicio Navarro de Salud, Gobierno de Navarra. El Programa de Atención Dental (PADI) del Gobierno de Navarra se ofrece este año a 72.350 niños y jóvenes. Nota de prensa, 14 de febrero 2008. Disponible en: <http://www.navarra.es/>
41. Simón-Salazar. F. El PADI del País Vasco. Un sistema asistencial para crecer en salud. En: Estudio y análisis de la equidad en salud. Una visión en salud oral [Revista en línea]. Madrid: Fundación del Colegio de odontólogos y Estomatólogos de Madrid -FCOEM; 2013. p.83-108. [acceso 26 de agosto 2013]. Disponible en: <http://coem.org.es/sites/default/files/pdf/coemdigital.pdf>
42. Watt RG. From victim blaming to upstream action: tackling the social determinants of oral health inequalities. Community Dent Oral Epidemiol 2007;35:1-11.
43. Riveros CM, Rodríguez MJ. Programa preventivo en salud oral para controlar factores de riesgo asociados a caries dental y enfermedad periodontal en mujeres gestantes. Rev Ustasalud Odontol 2007; 6; 17-28.
44. Yero IM, García M, Rivadeneira AM, Nazco LE. Programa educativo sobre conocimiento de salud bucal en las embarazadas. Gaceta Med Espirit 2013; 15(1); 1-5. Disponible en: <http://revgmespirituana.sld.cu/index.php/gme/article/viewArticle/222>
45. Palma C, Cahuana A, Gómez L. Guía de orientación para la salud bucal en los primeros años de vida. Acta Pediatr Esp 2010; 68(7); 351-7.

ANEXO 1

Matriz de participación al programa por Centro de Atención Primaria

Centro de Salud			Pediatras		Enfermeras		Familias (al menos 1 integrante que participa)		
	Participa	No Participa	Nº Total por Centro	Nº Participa	Nº Total por Centro	Nº Participa	Nº Total por Centro	Participa Sesión 1	Participa Sesión 2
Ansoain			3		3				
Azpilagaña			2		2				
Barañain I			2		2				
Barañain II			2		2				
Berriozar			3		3				
Burlada			3		3				
Buztintxuri			3		3				
Casco Viejo			2		2				
Chantrea			3		3				
Ermitagaña			3		3				
Huarte			3		3				
Iturrama			2		2				
Mendillori			8		8				
Milagrosa			2		2				
Noain			3		3				
Orkoien			2		2				
Rochapea			5		5				
San Jorge			2		2				
San Juan			3		3				
Segundo Ensanche			3		3				
Villava			2		2				
Zizur			4		4				
TOTAL			65		65				

ANEXO 2

Programa de educación para la salud bucodental infantil en madres y padres de niños entre 0 y 6 años de edad en Pamplona y Comarca – Navarra, España

Cuestionario de Evaluación al Personal Sanitario

Centro de Atención Primaria: _____

Pre-test ☐

Post-test ☐

Marque la respuesta correcta:

1. La erupción de los dientes temporales suele comenzar:

- a. Alrededor de los 3 meses
- b. Alrededor de los 6 meses
- c. Alrededor de los 9 meses
- d. Alrededor de los 12 meses

2. Acerca del uso adecuado del biberón luego de la aparición de los primeros dientes:

- a. No hay restricción en su uso
- b. Es posible agregarle miel
- c. Se desaconseja el biberón nocturno
- d. Se permite su uso hasta el 2do año

3. ¿Cuándo deben las madres y padres empezar a limpiar la boca de su hijo/a?

- a. Antes de erupcionar el primer diente
- b. Cuando el hijo/a es capaz de sentarse y cooperar
- c. Cuando el hijo/a aprende a hablar
- d. Al erupcionar el primer diente

4. ¿Cuál de los siguientes NO es un factor de riesgo asociado a caries en la infancia?

- a. Exposición frecuente y prolongada a líquidos que contengan carbohidratos
- b. Lactancia materna frecuente y prolongada
- c. Exposición frecuente y prolongada a comidas que contengan proteínas
- d. Exposición frecuente y prolongada a comidas que contengan carbohidratos

5. ¿A qué edad se debe empezar el uso de dentífricos fluorados?

- a. Tan pronto erupcione el primer diente
- b. A los 2 años
- c. A los 5 años
- d. Los niños no deben usar dentífricos fluorados

6. ¿Qué causa la fluorosis?

- a. Caries dental severa
- b. Ingestión de excesivas cantidades de flúor
- c. Beber agua fluorada
- d. Ciertas medicaciones

ANEXO 3

Programa de educación para la salud bucodental infantil en madres y padres de niños entre 0 y 6 años de edad en Pamplona y Comarca – Navarra, España

Cuestionario de Evaluación del Proceso de Enseñanza

Centro de Atención Primaria: _____

Valore del 1 al 4 los siguientes elementos teniendo en cuenta que el 4 es la mejor puntuación

VALORACIÓN SOBRE LA PROGRAMACIÓN DE CLASE.

Los objetivos han sido adecuados al programa	1	2	3	4
Los contenidos han facilitado la consecución de los objetivos	1	2	3	4
Los contenidos han sido adecuados a la edad de los menores	1	2	3	4

VALORACIÓN DE LA ORGANIZACIÓN DE LOS ESPACIOS Y LOS TIEMPOS.

La organización del aula ha favorecido la realización del programa	1	2	3	4
Los tiempos han sido adecuados a las actividades realizadas	1	2	3	4

VALORACIÓN SOBRE LOS RECURSOS DEL PROGRAMA.

Los recursos del programa han sido suficientes	1	2	3	4
Grado de aprovechamiento de los recursos	1	2	3	4

Teniendo en cuenta la valoración de los puntos anteriores, indique la **puntuación global** que le merece el proceso de enseñanza **1 2 3 4 5 6 7 8 9 10**

OBSERVACIONES Y SUGERENCIAS:

¡Muchas gracias!

ANEXO 4

Programa de educación para la salud bucodental infantil en madres y padres de niños entre 0 y 6 años de edad en Pamplona y Comarca – Navarra, España

Encuesta de Evaluación y Satisfacción

Código*

Marque del 1 al 4 los siguientes elementos teniendo en cuenta que el 4 es la mejor puntuación.	
...	...
La organización general.	1 2 3 4
La claridad de la exposición en general.	1 2 3 4
- El tema de las caries.	1 2 3 4
- El tema de la alimentación saludable y no cariόgena.	1 2 3 4
- El tema de la higiene dental.	1 2 3 4
El material audiovisual empleado.	1 2 3 4
La utilidad de la informaci3n recibida.	1 2 3 4

Adem3s, y con el fin de ir mejorando en sucesivas ediciones, nos gustar3a conocer su opini3n sobre otros aspectos:

¿Qu3 es lo que m3s le ha gustado?
¿Qu3 es lo que menos le ha gustado?
¿Alg3n aspecto de los temas explicados le ha parecido sorprendente?¿Cu3l?
¿Le hubiera gustado que se profundizara m3s en alguno de los temas expuestos?
Otras sugerencias

* Esta encuesta es an3nima.

¡Muchas gracias!

ANEXO 5

Programa de educación para la salud bucodental infantil en madres y padres de niños entre 0 y 6 años de edad en Pamplona y Comarca – Navarra, España

Cuestionario sobre Salud Bucal Infantil a Madres y Padres

Código*

Marque la respuesta correcta:

1. La erupción de los dientes temporales suele comenzar:

- a. Alrededor de los 3 meses
- b. Alrededor de los 6 meses
- c. Alrededor de los 9 meses
- d. Alrededor de los 12 meses

2. Acerca del uso adecuado del biberón luego de aparecer los primeros dientes:

- a. No hay restricción en su uso
- b. Es posible agregarle miel
- c. Se desaconseja que los niños/as duerman con el biberón
- d. Se permite su uso hasta el 2do año

3. ¿Cuándo deben las madres y padres empezar a limpiar la boca de su hijo/a?

- a. Antes de erupcionar el primer diente
- b. Cuando el hijo/a es capaz de sentarse y cooperar
- c. Cuando el hijo/a aprende a hablar
- d. Al erupcionar el primer diente

4. ¿Cuál de los siguientes NO es un factor de riesgo asociado a caries en la infancia?

- a. Exposición frecuente y prolongada a líquidos que contengan carbohidratos
- b. Lactancia materna frecuente y prolongada
- c. Exposición frecuente y prolongada a comidas que contengan proteínas
- d. Exposición frecuente y prolongada a comidas que contengan carbohidratos

5. ¿A qué edad se debe empezar el uso de dentífricos fluorados?

- a. Tan pronto erupcione el primer diente
- b. A los 2 años
- c. A los 5 años
- d. Los niños no deben usar dentífricos fluorados

6. ¿Qué causa la fluorosis?

- a. Caries dental severa
- b. Ingestión de excesivas cantidades de flúor
- c. Beber agua fluorada
- d. Ciertas medicaciones

ANEXO 6

Resumen de los principales temas de salud bucodental infantil – Sociedad Española de Odontopediatría

Tema	Pauta de recomendación
1. Lactancia materna	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fomentar la lactancia materna exclusiva hasta el sexto mes de vida. ▪ Desaconsejar la lactancia materna nocturna después de la erupción del primer diente. ▪ Si el niño se queda dormido mientras es alimentado, limpiar sus dientes inmediatamente después.
2. Uso del biberón	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Debe utilizarse sólo como vehículo para la leche. Los demás líquidos deben ofrecerse en tacitas. ▪ No agregar ningún tipo de azúcar o miel. ▪ Desaconsejar el biberón nocturno después de la erupción de los primeros dientes. ▪ Si el niño se queda dormido mientras es alimentado, limpiar sus dientes inmediatamente después. ▪ Abandono del biberón alrededor del año y definitivamente cuando erupcionen sus molares.
3. Uso del chupete	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Debe ser anatómico y abandonarse alrededor del año y definitivamente antes de los 2 años.
4. Transmisión bacteriana	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Desaconsejar hábitos como: compartir cucharas con el bebé, limpiar el chupón con la saliva, soplar sobre la comida o besar en la boca los primeros años de vida.
5. Alimentación cariogénica	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Evitar toda fuente de azúcares refinados los primeros dos años de vida. ▪ Informar y evitar "azúcares ocultos". ▪ Desaconsejar la ingestión de azúcares entre comida y aquellos con consistencia pegajosa. ▪ Ofrecer a los padres alternativas de alimentos sanos para la salud bucal/ general.
6. Higiene Bucal	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Debe ser realizada por los padres hasta que el niño sea autónomo (7 – 10 años). ▪ A partir del cuarto mes, empezar con la higiene bucal mínimo 1 vez al día con dedales de silicona, gasas o pañitos húmedos. ▪ Cuando erupcionen los primeros dientes, realizar el cepillado dental 2 veces al día, para el resto de la vida. ▪ Después de la erupción de los primeros molares, utilizar un cepillo dental infantil y una técnica sencilla pero efectiva. ▪ Pasar el hilo dental a partir de que exista contacto entre dientes y/o molares. ▪ En niños de bajo riesgo de caries que no sepan escupir, cepillar dientes sólo con agua. ▪ En niños de alto riesgo que no sepan escupir, utilizar dentífrico fluorado (1000ppm) "raspado" sobre el cepillo. ▪ En niños que sepan escupir, utilizar pasta fluorada (1000-1450ppm) en cantidad "guisante".
7. Uso de flúor	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se desaconseja la prescripción de flúor sistémico durante el embarazo. ▪ El odontopediatra debe decidir sobre el tipo de administración de flúor tópico y su frecuencia de acuerdo al riesgo individual de caries.

Modelo de folleto educativo de salud bucodental infantil

El Problema: enfermedades bucodentales

Las enfermedades bucodentales (caries y enfermedades de las encías) son las más frecuentes entre nuestros hijos e hijas y pueden prevenirse con hábitos higiénicos y alimenticios adecuados.

¿Qué es la caries?

Es un proceso destructivo (picadura) en dientes y muelas que produce dolor e inflamación e incluso puede dañar otros órganos de nuestro cuerpo: riñones, corazón, articulaciones...

¿Cómo se produce?

Cuando los productos azucarados entran en contacto con las bacterias de la boca (placa dental), se produce un ácido que ataca al esmalte del diente. Poco a poco puede llegar a destruir el diente en su totalidad!

Enfermedades de las encías.

Comienza con una inflamación de las encías que sangran al cepillarse los dientes o al comer. Puede derivarse a una mala técnica de cepillado o bien a la falta del mismo.

¿Qué podemos hacer para prevenirlas?

Mantener una alimentación saludable y realizar un cepillado dental correcto.

Recuerda:

- 1 Desde que salen los primeros dientes hay que cuidarlos.
- 2 Hay que cepillar los dientes y encías al menos 2 veces al día y siempre antes de acostarse.
- 3 Los dulces, refrescos, batidos, zumos envasados y chucherías dañan los dientes.
- 4 Para mejorar la salud bucodental de toda la familia conviene, además, evitar el consumo de tabaco en el hogar.

CONSEJERÍA DE EDUCACIÓN
CONSEJERÍA DE SALUD

Su SONRISA es ÚNICA, ¡cuídalala!

INFORMACIÓN a las FAMILIAS.
Salud bucodental en mayores de 3 años.

PROGRAMA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD BUCODENTAL
Sonrisitas

Cómo mantener su boca sana

Los alimentos dulces, refrescos, chucherías y la mayoría de zumos emvasados y baidos, dañan los dientes.

Hay que limitar el consumo de chucherías, evitar usarlas como premio y entre las comidas.

Consumir moderadamente los alimentos azucarados que se adhieren a los dientes (pegajosos).

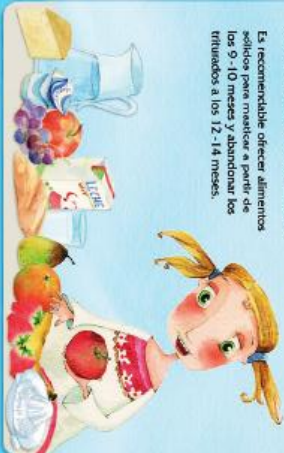
Se recomienda la fuida para picar entre horas o como tentempié.

No endulzar el chupete con azúcar, leche condensada o miel.

Las bebidas que contengan azúcar, como los zumos, se deben dar a cucharaditas y no con el biberón.

Es conveniente suprimir el chupete y el biberón antes de cumplir un año.

Es recomendable ofrecer alimentos sólidos para masificar a partir de los 9-10 meses y abandonar los trridados a los 12-14 meses.



Importancia del cepillado

Desde que salen los primeros dientes, es conveniente limpiarlos con una gasa estéril húmeda.

En niñas y niñas menores de 2 años, se recomienda utilizar un cepillo de cerdas suaves y cabeza pequeña con una cantidad de pasta mínima, como un "raspado" o mancha sobre el cepillo.

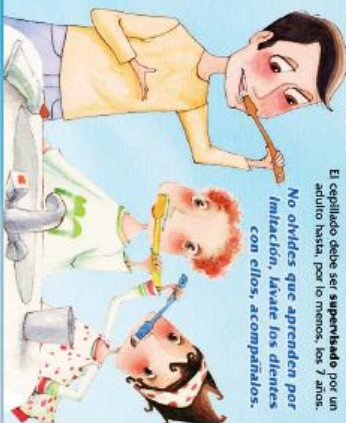
A partir de los 2 años hasta los 6, se aconseja la cantidad de pasta semejante a un guisante.

La duración del cepillado debe ser mayor de un minuto y se ha de iniciar a los niños y a las niñas, que eliminen el exceso de pasta dentífica de su boca.

El tipo de dentífico que se aconseja emplear será uno adecuado a su edad. **PRECUNTE A SU DENTISTA.** La diferencia fundamental entre las distintas pastas dentales es la concentración de flúor.

El cepillado debe ser supervisado por un adulto hasta, por lo menos, los 7 años.

No olvidas que aprenden por imitación, lávate los dientes con ellos, acompañalos.



Técnicas de limpieza dental



Imagen 1: De 0 a 1 año con una gasa húmeda.

Imagen 2: A partir del año conviene usar un cepillo de cabeza pequeña y cerdas suaves, poniendo un "raspado" o mancha de pasta dental sobre el cepillo.

Imagen 3: A partir de los dos años deben usar el cepillo con un poquito de pasta dental del tamaño de un guisante.

En todos los casos, es conveniente seguir un orden para limpiar todos los dientes por todas sus caras, sin olvidar ninguna parte de la boca.

¡Enseñales a cepillarse los dientes!

RESUMEN

Introducción: La caries dental es un problema importante de salud pública en todo el mundo; puede iniciarse a edades muy tempranas y está vinculada a prácticas y conocimientos deficientes en salud bucal de madres y padres. Su efecto en la infancia es particularmente importante ya que produce dolor intenso, infecciones, visitas a urgencias, disminución del desarrollo físico, además del coste que representa el tratamiento, y el compromiso de la calidad de vida en relación con la salud bucal. Recientes estudios en población española indican que, casi el 20% a los 3 años tiene caries y el 40% a los 5 años. En Navarra, desde 1991, está en marcha el Programa de Atención Dental Infantil y Juvenil (PADIJ), donde se brinda atención odontológica a niños y jóvenes entre los 6 y 18 años. Sin embargo, los niveles de participación no alcanzan a más del 30% de la población diana, siendo principalmente la población extranjera y minorías sociales, los que menos utilizan este servicio y más problemas bucodentales presentan. Encontramos que las necesidades de tratamiento en dentición temporal a los 6 años son mayores y de mayor complejidad.

Metodología: Con el programa se busca prevenir el desarrollo de enfermedades bucodentales en los primeros años de vida. Se realizará la capacitación en salud bucal infantil al personal sanitario vinculado a la atención primaria de pediatría (pediatras y enfermeras) en Centros de Atención Primaria. Posteriormente, el personal sanitario capacitado brindará información y orientación individualizada a los padres y madres de niños entre 0 y 6 años, durante el calendario de visitas fijado para el control del niño sano. Esto permitirá alcanzar la orientación a cerca de la totalidad de familias con niños, fomentando el refuerzo educativo en cada visita. Se espera que con la educación de madres y padres, se establezcan hábitos adecuados de higiene oral desde la infancia, que posteriormente se reflejen en una menor necesidad de tratamiento bucodental y mejor calidad de vida.

Palabras Clave: Salud bucal, Caries dental, Cuidado del niño, Promoción de la salud

Key Words: Oral health, Dental caries, Child care, Health promotion